DISSERTATION

N° 3.

SUR

LA PREMIÈRE ET LA SECONDE DENTITION,

ET SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENS QUI EN SONT LES RÉSULTATS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 *janvier* 1831, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR EUGÈNE HAMY, de Boulogne-sur-Mer,

Département du Pas-de-Calais.

Ad dentitionem verò accedentibus gingivarum pruritus, febres, convulsiones, alvi profluvia; et maximè ubi caninos dentes producunt, et iis qui inter pueros sunt crassissimi, et qui alvos duras habent.

HIPP., Aph., sect. 3, aph. 25.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Examinateur.* / ANDRAL, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Suppléant.*
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Examinateur.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle, *Examinateur.*	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

DESIDERATISSIMI PATRIS

Memoriæ, lacrymas!!!

MATRUM OPTIMÆ.

In publicum amoris gratique animi munus hoc opusculum voveo et dedico.

CHARISSIMIS AVUNCULIS,

Reverentiæ pignus.

FRATRIBUS ATQUE SORORIBUS DILECTISSIMIS,

Utinam eadem inter nos amicitia et permaneat et crescat adùsque vitæ hujus finem et ultrà.

EUG. HAMY.

EUG. HAMY.

DISSERTATION

SUR

LA PREMIÈRE ET LA SECONDE DENTITION,

ET SUR LES PRINCIPAUX ACCIDENS QUI EN SONT LES RÉSULTATS.

La vie de l'homme présente un grand nombre d'époques remarquables, par lesquelles il doit passer successivement; ces époques servent à la partager en plusieurs périodes, auxquelles se rattachent des changemens plus ou moins notables dans l'économie. Dans les premières années qui suivent la naissance, et jusqu'à ce que les organes et leurs fonctions soient parvenus à leur entier développement, chacun de ces changemens consiste dans l'acquisition d'une nouvelle fonction ou le perfectionnement d'une fonction déjà acquise; plus tard ces phases sont marquées par l'affaiblissement et la perte d'une ou de plusieurs facultés. Ces diverses périodes ayant plus ou moins d'influence sur l'état de santé des individus qui y sont soumis, exigent une étude particulière de la part de ceux qui sont destinés à leur donner une direction favorable et avantageuse. L'acquisition des dents, ou la dentition, est la première de ces époques importantes

dans la vie de l'homme, aussi a-t-elle de tout temps fixé l'attention des médecins, qui, pour la plupart, lui ont fait jouer un trop grand rôle, en l'accusant d'être la cause de toutes les affections du premier âge.

Le mot *dentition* exprime tous les phénomènes qui accompagnent la formation, l'accroissement et la sortie des dents hors des alvéoles. Cette question est vaste, et peut être envisagée sous divers points de vue. Parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, les uns n'ont fait, pour ainsi dire, qu'une dissertation anatomique en décrivant longuement l'origine et la structure des dents, et en indiquant à peine les phénomènes qui accompagnent leur éruption; les autres ont surtout insisté sur ce dernier point de vue. Voulant principalement m'étendre sur ce que la dentition offre de plus important et de plus fécond en conséquences pratiques, j'ai adopté de préférence la marche suivie par les seconds. Mais, pour rendre ce travail aussi complet que possible, j'ai cru indispensable de ne pas négliger ce qui concerne la formation et l'accroissement des dents; j'ai consacré à ces détails la première partie de ce travail; dans la deuxième, j'ai tracé l'histoire de la première et de la seconde dentition, et des moyens propres à leur donner une bonne direction; enfin, après avoir signalé les diverses sources d'erreurs qui peuvent faire prendre pour le résultat de l'éruption dentaire des accidens qui n'ont de commun avec celle-ci que la coïncidence, j'ai essayé de déterminer les véritables influences de la dentition sur la production des maladies de l'enfance.

Au moment de la naissance les mâchoires de l'enfant ne sont pas encore pourvues de dents; elles lui seraient tout à fait inutiles, et ne serviraient qu'à déchirer le sein qui le nourrit. Mais tout est sagement combiné pour que ces organes complémentaires de l'appareil digestif ne paraissent au-dehors qu'au moment où les besoins de l'enfant le réclament, ce qui a lieu du sixième au huitième mois, ou seulement vers la fin de la première année. Quoique ce travail ne soit apparent à l'extérieur qu'à cette époque, déjà depuis long-temps tout se pré-

parait, dans l'intérieur des os maxillaires, pour une opération aussi importante. En effet, vers la fin du second mois de la gestation, on commence à apercevoir les germes des incisives et des molaires de lait : ils consistent en petits follicules que renferme une gouttière creusée dans les os maxillaires, et close, du côté des gencives, par une membrane fibreuse ; ils n'ont tout au plus que le volume d'une petite tête d'épingle, d'une forme ovoïde ; ils présentent à l'intérieur une cavité remplie d'un liquide gélatino-muqueux. Par leur extrémité qui correspond au bord gengivaire, ils adhèrent à cette paroi au moyen d'un prolongement nommé *appendice du follicule* ou *canal alvéolo-dentaire ;* par l'autre extrémité, qui, par la suite, répondra aux racines, ils tiennent à un pédicule constitué par le nerf et les vaisseaux nourriciers : ce pédicule est volumineux, eu égard à la petitesse des germes, dont l'accroissement est assez lent. A une époque plus avancée, on voit dans l'intérieur du follicule une espèce de papille vasculaire et nerveuse, c'est la pulpe dentaire : à mesure que celle-ci s'accroît, le liquide renfermé dans la même cavité diminue de quantité. Ces diverses parties continuent de se développer jusqu'au moment de l'ossification, qui commence à s'opérer du sixième au neuvième mois ; elle n'a pas lieu dans toutes les dents à la fois, mais voici l'ordre dans lequel elle se manifeste : d'abord dans les incisives, puis dans les premières molaires et les canines, enfin dans les secondes molaires ; un peu plus tôt pour les dents de la mâchoire inférieure que pour celles de la mâchoire supérieure. D'après ce qui précède, on peut déjà prévoir l'ordre dans lequel se fera, plus tard, leur éruption.

La portion dure des dents se compose de deux couches distinctes, l'une extérieure, appelée *émail*, et l'autre interne, nommée *ivoire*. Celui-ci se forme le premier : il commence à se développer sur l'extrémité de la couronne par un ou plusieurs points, suivant que celle-ci présente un ou plusieurs tubercules ; il s'accroît ensuite par couches concentriques, successivement appliquées les unes sur les autres de l'extérieur à l'intérieur, se recouvrant et s'emboîtant comme

les cônes, se dirigeant enfin vers le pédicule. Lorsqu'il se manifeste dans cette dernière partie, l'émail, formé par des filamens perpendiculairement implantés sur la surface de l'ivoire, paraît à son tour sur le sommet de la couronne, d'où il finit par s'étendre en s'amincissant jusqu'au collet, qu'il ne dépasse jamais. Beaucoup d'auteurs attribuent la formation de la portion dure des dents à une excrétion de la pulpe ; d'autres pensent qu'elle est formée par les membranes elles-mêmes du follicule, qui passeraient par tous les degrés de l'ossification. Quoi qu'il en soit, vers la fin de la vie intra-utérine, ce travail est assez avancé pour les dents temporaires, et continue à s'opérer avec une grande activité jusqu'au moment de leur éruption. A mesure que les dents s'accroissent, les gouttières des mâchoires augmentent en profondeur ; de leur fond s'élèvent des cloisons destinées à les diviser en autant de cellules ou d'alvéoles dans lesquelles ces organes devront être renfermés. Celles-ci, visibles au quatrième mois, sont d'abord fibreuses ; ce n'est guères que du sixième au septième qu'elles commencent à être envahies par l'ossification. Examinées lorsqu'elles sont encore contenues dans les alvéoles, les dents de lait présentent la disposition suivante : elles ne sont rangées ni sur la même ligne courbe ni sur le même plan ; les incisives latérales sont rapprochées des centrales, derrière lesquelles elles sont logées ; un léger intervalle les sépare des molaires ; cet espace est destiné aux canines, qui alors se trouvent à une distance plus éloignée et plus profonde. La longueur du trajet que ces dernières ont à parcourir pour arriver au-dehors peut rendre raison de leur éruption tardive. Cet arrangement et cette disposition étaient nécessaires, car, sans eux, l'arcade alvéolaire a trop peu d'étendue pour loger toutes les dents sur la même ligne ; elles se gêneraient dans leur évolution.

La sortie des dents infantiles a donc lieu le plus ordinairement du sixième au huitième mois après la naissance. Elle survient au moment où l'enfant, ne trouvant plus dans le lait une nourriture assez substantielle, a besoin de recourir à des alimens plus solides et plus

nutritifs. Les os maxillaires doivent alors s'armer des pièces nécessaires pour cette nouvelle fonction. A cette époque, les alvéoles se sont agrandies et prolongées autant qu'elles en étaient susceptibles, l'ossification est terminée pour les couronnes et commence à s'étendre autour des pédicules pour constituer les racines. A mesure que celles-ci s'accroissent la dent s'allonge, et, ne trouvant plus bientôt assez de place pour se loger dans l'alvéole, elle doit tendre à sortir par le point qui lui offre le moins de résistance. Comme le bord des gencives est ordinairement moins dur et moins résistant que le fond de la cavité alvéolaire, la couronne doit s'en rapprocher de plus en plus, et enfin percer les couches qui le composent, après les avoir peu à peu amincies. C'est là la meilleure explication à donner de ce fait; la preuve que cela se passe ainsi, c'est que, quand il y a un obstacle du côté de l'orifice alvéolaire, la dent se porte dans un autre sens, comme j'aurai occasion d'en parler parmi les variétés d'éruption.

Ici s'élève une question : le tissu des gencives est-il réellement perforé par la dent, ou celle-ci sort-elle par le canal avéolo-dentaire, après l'avoir préalablement dilaté? M. *Delabarre* a parlé le premier de ce canal. On a cherché dans ces derniers temps à vérifier si l'appendice du follicule est réellement canaliculé, comme l'a prétendu cet auteur. On y a trouvé un petit canal, qui n'est peut-être dû qu'aux moyens dont on se sert pour faire cette préparation. Je pense que, si ce prolongement était creux et destiné à l'usage qu'on lui attribue, on devrait voir une certaine dilatation dans le cas où une grande tension des gencives indique qu'une dent va sortir; or, c'est ce qui n'a pas été observé. Mais, que la gencive soit perforée ou non, on voit autour du collet de la dent des festons irréguliers, qui lui adhèrent fortement et assurent sa solidité.

Symptômes et signes. L'éruption prochaine s'annonce par de la chaleur et du prurit aux gencives, de la salivation, une titillation peu douloureuse, qui engage le nourrisson à porter souvent à la bouche

ses doigts et tous les corps qu'il peut saisir, afin de les presser entre les gencives. Il semble fréquemment désirer le sein et chercher par toute espèce de moyens à apaiser la démangeaison qui le tourmente ; il est impatient, morose, triste, il pleure facilement ; son sommeil, devenu plus léger, est parfois interrompu par des tressaillemens. Bientôt le bord circulaire des gencives s'aplatit ; celles-ci peuvent se tuméfier et devenir douloureuses. Souvent il se manifeste un peu de diarrhée, les urines sont aussi sécrétées en plus grande abondance que de coutume. Dans un grand nombre de cas, les enfans n'éprouvent aucun symptôme ou n'en éprouvent qu'un petit nombre.

Quoi qu'il en soit, à l'époque mentionnée plus haut, et qui est variable suivant les individus, on voit percer au milieu de l'arcade alvéolaire inférieure une incisive centrale, à peu de jours d'intervalle la correspondante du côté opposé, quinze jours plus tard apparaissent les deux incisives centrales de la mâchoire supérieure. Du neuvième au dixième mois a lieu la sortie des incisives latérales, dans le même ordre que les précédentes. Les canines ne paraissent pas ordinairement après les incisives, cela n'a lieu à peu près qu'une fois sur quarante ; à l'éruption des incisives succède donc celle des premières molaires, du douzième au vingtième mois, puis viennent les canines, et enfin les secondes molaires, de vingt à trente mois, tantôt avant, tantôt après les canines. Chacune de ces éruptions partielles peut renouveler les légers symptômes qui viennent d'être énumérés. Vers l'âge de deux ans, deux ans et demi ou trois ans, la première dentition est complètement achevée : l'enfant a alors vingt dents ; dix à chaque mâchoire, quatre incisives, deux canines et quatre molaires.

Le plus souvent la première dentition s'opère comme je viens de l'indiquer ; toutefois il n'est pas rare d'observer plusieurs variétés à cet égard. On cite dans les auteurs un grand nombre d'enfans venus au monde avec des dents. Un fait de ce genre s'est encore présenté récemment à ma connaissance : l'enfant qui fait le sujet de cette observation portait deux dents à la mâchoire inférieure ; il était, du reste, d'une force et d'une grandeur ordinaires. Ce fait, ajouté à une foule d'autres du

même genre, tend à détruire l'idée, généralement admise, que les enfans qui naissent avec des dents sont plus forts et plus développés que les autres : ce phénomène est encore inexplicable. Il y a d'autres individus chez lesquels la première dentition survient plus tard qu'à l'époque ordinaire : cette dernière circonstance est due le plus souvent à l'existence de quelque affection chronique. Sous le rapport de l'ordre dans lequel se fait l'éruption, on a vu les incisives latérales paraître les premières, ou les incisives centrales supérieures précéder les inférieures, ou les canines sortir les premières, ce qui est rare; enfin les dents paraître toutes à la fois, circonstance défavorable et qui peut être suivie d'accidens. Il est des enfans qui ont moins de vingt dents : cette anomalie est due sans doute au défaut de développement de quelques germes dentaires. On a encore observé une foule d'autres variétés plus remarquables; on a rapporté des cas dans lesquels la première dentition n'a pas eu lieu du tout. Enfin, pour compléter ce tableau, *Borelli* a laissé l'observation d'une femme de soixante ans qui n'eut jamais de dents; chez elle, les gencives s'étaient durcies au point de pouvoir servir à la mastication.

Prognostic. Un enfant né de parens sains et bien portans, jouissant lui-même d'une bonne constitution et d'une bonne santé, sera plus disposé à avoir une dentition heureuse et exempte d'accidens qu'un autre enfant qui se trouvera dans les conditions opposées, et dont l'allaitement aura été mal dirigé.

Deuxième dentition. Les dents de lait ne doivent pas avoir une longue durée; il arrive un moment où elles ne peuvent plus suffire aux besoins de l'économie, qui réclament des dents plus fortes, plus solides et plus nombreuses : tout était prévu et préparé depuis longtemps, et l'enfant ne tarde pas à jouir de ce nouveau bienfait. Les dents qui surviennent à cette époque sont au nombre de trente-deux : on les appelle *permanentes*, parce qu'elles ne doivent pas être remplacées. Vingt d'entre elles sont destinées à succéder aux vingt provisoi-

res, les douze autres vont compléter le nombre nécessaire pour garnir entièrement les arcades maxillaires, qui se sont agrandies dans l'intervalle des deux dentitions. Leurs germes se forment et se développent de la même manière que ceux des précédentes. Ceux des premières grosses molaires sont les premiers formés, ils commencent à être visibles chez le fœtus de quatre mois; un peu plus tard on aperçoit ceux des incisives, placés derrière les follicules des dents temporaires, et puis successivement tous les autres. Ce n'est guères qu'à l'époque de la naissance que les premières grosses molaires commencent à s'ossifier; deux mois plus tard ce travail se manifeste dans les incisives, de quatre à onze mois dans les petites molaires, de neuf à dix dans les canines, vers trois ans dans les secondes grosses molaires, enfin de neuf à dix ans dans les troisièmes. D'après ce qui vient d'être dit, on voit que les deux séries de dents se forment à peu près à la fois, mais que celles de la seconde série emploient six fois plus de temps pour parvenir à leur entier développement. Avant d'arriver à leur éruption, il est utile de dire un mot sur leur situation dans les alvéoles: les incisives centrales sont placées derrière les racines des dents de lait, qui leur correspondent; les incisives latérales se trouvent en rapport avec la partie postérieure des précédentes, qu'elles couvrent de la moitié de leur largeur. Il arrive quelquefois que ces dernières présentent leurs faces tournées dans une autre direction : c'est peut-être là la cause des déviations fréquentes de ces dents. Les canines sont situées plus profondément; elles se trouvent hors de rang et en dedans de l'arc de cercle des autres. Les bicuspidées sont enchâssées dans l'intervalle des racines des molaires caduques ; quant aux grosses molaires, elles se développent plus en arrière. A mesure que les vaisseaux des dents permanentes reçoivent plus de sang, celles-ci s'accroissent et s'allongent, les cloisons qui les séparent des temporaires correspondantes s'amincissent et sont bientôt détruites : les racines de ces dernières finissent aussi par disparaître et entraîner leur chûte. C'est vers six à sept ans qu'a lieu l'éruption des dents permanentes, sans presque aucun symptôme re-

marquable ; elle débute par la sortie des premières grosses molaires. C'est à peu près à la même époque que les dents de lait commencent à s'ébranler, et que leur chûte s'opère dans le même ordre que leur éruption. Quant aux autres dents permanentes, elles sortent : les incisives moyennes inférieures vers sept ou huit ans, les supérieures quinze jours plus tard, les latérales de huit à neuf ans, les premières petites molaires de neuf à dix, les canines à onze, les secondes grosses molaires de onze à douze, les secondes petites molaires de douze à treize, enfin les troisièmes grosses molaires de dix-huit à vingt-deux ans : c'est après l'apparition de cette dernière que les os maxillaires cessent de s'agrandir. On a vu plus haut que les racines des dents de lait étaient détruites : pour se rendre compte de ce phénomène, on a tour à tour donné différentes explications ; les uns ont prétendu que cette destruction était due à la pression mécanique produite par les dents de remplacement. S'il en était ainsi, elles sortiraient en s'allongeant et en conservant leurs racines intactes ; d'autres l'ont attribué à l'oblitération des artérioles qui se rendent aux dents de lait. Cette explication ne rend pas compte de la destruction des racines jusqu'au collet. D'après M. *L.-E. Dubois* et quelques autres auteurs, à mesure que les dents de remplacement s'avancent vers le bord gengivaire, l'appendice de leurs membranes revient sur lui-même et forme bientôt un bourrelet fongueux, celluleux et vasculaire qui détruit, par absorption, d'abord la cloison inter-alvéolaire, puis les racines des temporaires. En effet, après l'extraction de ces dernières, faite au moment où la seconde dentition va commencer, on aperçoit ce petit bourgeon celluleux et vasculaire qui remplace la racine. Il peut arriver que ces racines ne soient pas détruites, cela tient probablement à ce que la dent de remplacement s'est déviée de sa direction naturelle. Les canines tombent après les autres, sans doute à cause de la longueur de leurs racines, qui exigent beaucoup plus de temps pour être absorbées. Cette circonstance, jointe à la profondeur à laquelle sont situées les canines de remplacement, rend suffisamment compte de leur éruption tardive.

Variétés. La seconde dentition se fait tantôt plus tôt, tantôt plus tard que l'âge indiqué, qui a été pris pour terme moyen : l'avancement et le retard de ce travail sont en rapport avec le développement général, la force ou la faiblesse des individus. M. *Dubois* a présenté, dans son Cours d'odontalgie, deux cas remarquables de cette variété : 1°. une jeune fille de cinq ans et demi, forte, bien constituée, chez laquelle déjà les quatre premières grosses molaires et les quatre incisives centrales de remplacement étaient sorties; 2°. et, à côté d'elle, pour faire le contraste, une demoiselle de treize ans qui, à cause de son peu de développement, ne paraissait pas en avoir plus de sept; cette dernière avait encore toutes ses dents de lait; la sortie des quatre premières grosses molaires était le seul indice du commencement de la seconde dentition. Sous le rapport de l'ordre et du mode d'éruption, on peut observer les mêmes anomalies que dans la première dentition. Quant à l'époque de la sortie de la dent de sagesse, rien n'est plus variable; on l'a vue quelquefois ne sortir qu'à cinquante ans, et d'autres fois ne paraître jamais au-dehors.

J'arrive maintenant à parler de dents surnuméraires : elles sont le résultat de la persistance d'un plus ou moins grand nombre de temporaires, malgré toutes les causes qui tendent à les faire tomber; d'autres fois, et plus rarement, elles sont dues à une superfétation. Dans le premier cas, les permanentes poussent en arrière où elles viennent former une seconde arcade dentaire distincte de l'antérieure, dont les dents sont remarquables par l'usure, la petitesse et l'étroitesse de leur couronne.

Quand les dents surnuméraires sont le produit d'une superfétation, tantôt elles paraissent à l'époque de la seconde dentition, alors elles sont placées derrière les incisives et ressemblent à des canines atrophiées, tantôt elles ne surviennent qu'après la chute d'une ou de plusieurs permanentes, soit immédiatement, soit à une époque éloignée; c'est ce qui a fait dire qu'il pouvait y avoir une troisième dentition. On trouve dans les auteurs des exemples de cette dernière variété, mais ils sont rares. Ici, il y a une remarque importante à

faire pour ne pas tomber dans l'erreur à ce sujet : la chute de quelques dents de lait et leur remplacement sont quelquefois retardés de plusieurs années ; si l'on ne faisait pas attention à cette circonstance, on pourrait classer ce fait parmi les précédens.

Parmi les autres anomalies, on a cité des individus qui n'avaient jamais eu qu'une première dentition : d'autres fois les dents temporaires n'ont pas été remplacées et ont persisté, alors l'éruption des grosses molaires est venue compléter, avec les précédentes, le nombre nécessaire pour garnir les arcades maxillaires. Il est des individus qui n'ont pas eu de première dentition, et chez lesquels la seconde n'en a pas moins eu lieu à l'époque ordinaire. Enfin, quant à la situation des dents, on en a trouvé cachées dans l'épaisseur des os maxillaires, tantôt couchées horizontalement, tantôt ayant leur couronne dirigée en haut ou affectant d'autres positions; mais le cas d'anomalie le plus curieux et le plus remarquable de ce genre est celui observé dans le courant du mois de février 1830, à la clinique de M. *Dupuytren.* En faisant l'autopsie d'un individu qui avait succombé dans les salles de la clinique, on trouva un kyste osseux développé dans l'épaisseur de l'apophyse palatine du côté gauche, et dans l'intérieur de ce kyste la canine renversée, de manière à présenter sa racine en avant et sa couronne en arrière. Le même professeur fut témoin, il y a quelques années, d'un fait semblable : on l'avait appelé en consultation pour une tumeur développée dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur. Un dentiste assura que c'était un kyste osseux dû à la présence d'une dent renversée, sans pouvoir dire sur quoi il fondait son assertion, qui fut, du reste, vérifiée exacte par l'ouverture de la tumeur.

Prognostic. On peut annoncer une seconde dentition heureuse et régulière, lorsque les arcades dentaires sont demi-circulaires ou à peu près, que la voûte palatine a beaucoup de largeur et que ses bords sont arrondis. Le prognostic est encore favorable lorsque les dents de lait sont largement espacées, qu'elles s'écartent progressi-

vement les unes des autres, et que leur chute est régulière; quand vers six ans on voit sortir les premières grosses molaires avec assez de facilité, que leur volume n'est pas trop considérable et qu'on n'aperçoit pas de saillies fort prononcées au-dessus des arcades dentaires, saillies qui annoncent des dents très-développées, lorsqu'il existe de l'intervalle et de l'ordre entre les différentes époques de la dentition, enfin que l'état général du sujet ne laisse rien à désirer. Le prognostic devient d'autant plus désavantageux que l'état dans lequel se trouve l'enfant s'éloigne d'avantage des conditions précédentes. La dentition sera irrégulière et l'arrangement des dents difficile, lorsque les mâchoires ne seront pas agrandies suffisamment, que la forme de la voûte palatine se rapprochera de celle d'une arche gothique, disposition la plus défavorable possible à l'arrangement des dents et à la grâce de la physionomie.

Des moyens propres à diriger la première et la seconde dentition. Quoique étant une opération de la nature, la dentition n'en exige pas moins quelques légers secours et un régime bien entendu. Dans quelques cas l'enfant pourrait, à la rigueur, s'en passer; mais il est plus prudent de chercher, par des soins bien dirigés, à prévenir des accidens que d'avoir à les combattre par la suite.

Aux approches de la première dentition on devra environner l'enfant d'un air pur, doux et tempéré; la promenade à l'air lui sera utile; elle ne lui serait interdite que dans le cas où il souffrirait beaucoup, et où la température serait trop froide. Quelques bains tièdes pris de temps en temps seront aussi employés avec avantage : on ne le sevrera pas, autant que possible, avant que la dentition soit déjà avancée; par là on évitera une foule d'accidens qui ne sont malheureusement que trop communs, et qui ne reconnaissent pas d'autres causes. Le lait de la nourrice doit suffire dans la plupart des cas, même lorsque les enfans sont déjà à moitié sevrés avant cette époque. En effet, ne voit-on pas le jeune nourrisson qui souffre d'une dent prête à

percer refuser toute espèce d'aliment et ne chercher que le sein de sa mère, où, en même temps que son alimentation, il trouve le véritable remède à l'irritation et à la douleur dont ses gencives sont le siége. Si, après les premiers temps de l'allaitement, il est une époque où les nourrices doivent ne se permettre aucun genre d'excès et se conduire d'après les règles qui leur auront été prescrites, c'est bien surtout dans ce moment, où l'enfant est plusi mpressionnable que jamais; pour rendre leur lait plus séreux et plus rafraîchissant, elles pourront boire quelques tisanes délayantes. L'enfant devra boire souvent et peu à la fois; si le lait de la mère est insuffisant, on y suppléera par du lait de vache coupé avec de l'eau d'orge et édulcoré soit avec du sucre, du sirop ou du miel : on le provoquera au sommeil en le mettant dans un lieu silencieux et un peu obscur. Ces moyens sont surtout recommandés dans le cas où il survient quelque accident. Pour favoriser la sortie des dents, on cherchera à assouplir et à ramollir les gencives; on y parviendra à l'aide de lotions émollientes faites avec de l'eau de guimauve; une grande quantité de salive, quand elle n'est pas assez considérable pour affaiblir, est aussi très-propre à remplir la même indication; on doit chercher à l'entretenir en tenant l'enfant un peu chaudement et en lui humectant la bouche avec des lotions émollientes. Plusieurs personnes recommandent encore l'usage du hochet en cristal ou en ivoire; les bons praticiens ont depuis long-temps abandonné l'usage de cet instrument, qui ne peut que contondre, enflammer, durcir la gencive et la faire résister d'avantage à la dent qui tend à la percer. Pour tout hochet, il devra avoir une figue grasse, cuite dans du lait, une simple racine de réglisse ou de guimauve, sur laquelle on aura étendu une légère couche de miel, pour l'engager à la presser entre les gencives. L'expérience ayant prouvé que la liberté du ventre était favorable à la dentition, on devra chercher à l'entretenir. S'il y a de la constipation, on prescrit un peu de sirop de chicorée ou un lavement, etc.

Pour ce qui concerne la seconde dentition, il y a une autre marche à suivre : une première indication est de favoriser la chute des

dents provisoires ; une deuxième, de surveiller l'éruption et l'arrangement de celles de remplacement et des autres permanentes. Autant que possible on doit laisser tomber les premières d'elles-mêmes, et ne pas se hâter de les extraire, parce que par leur présence dans les alvéoles, elles les empêchent de se rétrécir, concourent au contraire à leur agrandissement et offrent ainsi une voie large pour la sortie de celles qui vont leur succéder. Un autre motif, qui vient à l'appui de ce conseil, c'est qu'il peut arriver qu'il n'y ait pas de dents de remplacement, comme on en a vu des exemples. Il est des circonstances où cette extraction est de précepte, lorsque le volume des dents de remplacement est beaucoup plus considérable que celui des correspondantes temporaires, on devra alors enlever la dent de lait voisine de celle qui pousse ; il n'y aura pas non plus d'inconvénient de recourir à cette petite opération, lorsque les enfans ont une conformation de la voûte palatine qui rend le prognostic peu favorable; toutefois, ce précepte ne devra s'appliquer que rarement et que dans un cas d'absolue nécessité à l'extraction de la deuxième molaire : on ne s'y déciderait qu'autant que les douleurs seraient intolérables. En effet, ici cette opération peut avoir pour résultat la déviation en avant de la première grosse molaire ; par suite de cette déviation, l'espace destiné à la deuxième petite molaire se trouvant rétréci, celle-ci est aussi forcée de se dévier. Au reste, l'extraction des dents de lait n'est pas difficile, surtout quand leurs racines sont détruites, le plus souvent elles tombent spontanément. Dans le cas où il y a des dents surnuméraires, de quelle manière doit-on se comporter? On doit enlever celles qui sont inutiles ou défavorablement placées, et de préférence celles qui sont atteintes de carie. S'il y a persistance d'une ou de plusieurs temporaires, ce sont ces dernières qu'il faut éliminer. Il est important ici d'éviter toute erreur pour ne pas enlever une dent utile et en laisser une inutile ; pour cela on devra avoir recours aux caractères différentiels suivans : en général, les dents de lait sont plus petites, plus grêles que celle de remplacement, au centre du bord libre de leur couronne il y a une usure assez consi-

dérable, qui offre un aspect jaunâtre. Quant aux molaires de lait, il est impossible de les confondre avec celles qui les remplacent, ces dernières n'ont que deux tubercules, tandis que les autres sont plus volumineuses et présentent sur leur couronne depuis trois jusqu'à cinq tubérosités.

Des accidens produits par la dentition. J'arrive maintenant à une des questions les plus importantes, et sur laquelle l'avis de beaucoup de médecins est encore partagé : la dentition peut-elle entraîner après elle des accidens ? Quelles sont les maladies qu'il faut lui attribuer ? Avant de résoudre cette question, il est bon d'exposer les diverses causes d'erreurs signalées par M. le professeur *Andral* dans son cours d'hygiène : il peut arriver, dit-il, qu'à l'époque de la dentition il survienne des accidens généraux, que l'on ne manque pas d'attribuer à cette éruption, tandis qu'on peut trouver facilement de quoi les expliquer, en considérant les changemens qui surviennent alors dans la nutrition et les fonctions de certains organes.

Causes d'erreurs: 1°. On a souvent attribué à l'éruption dentaire des phénomènes qui dépendent entièrement du développement des centres nerveux. En effet, dans les premiers mois après la naissance, ceux-ci sont peu développés et peu actifs ; ce n'est que vers la fin de la première année, à peu près à l'époque de la première dentition, que le cerveau acquiert une augmentation rapide de volume, que ses fonctions deviennent plus actives ; dès-lors les sympathies commencent à se développer, et il survient des accidens nerveux, sur l'origine desquels on peut se tromper, si l'on ne tient pas compte des circonstances précédentes.

2°. On a souvent attribué à la dentition des accidens du côté des organes digestifs, qui n'étaient dus qu'au sevrage prématuré ou à un mauvais régime.

3°. La fièvre s'observe bien rarement dans la première enfance, les sympathies ne sont pas encore assez développées pour la produire ;

elle ne survient qu'au moment où les centres nerveux deviennent plus actifs : elle ne reconnaît donc pas toujours pour cause la dentition, à l'époque où ce travail s'effectue.

4°. Dans les premiers mois qui suivent la naissance, les ganglions lymphatiques sont peu développés et peu sujets à être malades; mais à la fin de la première année ils se développent avec assez de rapidité, et cette activité dans leur nutrition les rend plus susceptibles de devenir le siége d'affections morbides, dont on peut se rendre compte sans l'intervention de la dentition.

5°. A peine l'enfant est-il âgé de cinq à 6 mois, que l'on commence à lui donner des vêtemens plus légers et moins chauds, qu'on ne prend plus autant de précautions pour le mettre à l'abri du passage brusque d'une température à une autre ; il en résulte du côté de la poitrine des accidens inflammatoires, qui coïncident encore avec la dentition, mais qui peuvent suffisamment être expliqués par les causes précédentes.

6°. Qu'une maladie chronique affecte un enfant, elle retardera la dentition, de même que chez une jeune fille pubère la même cause peut retarder l'apparition des menstrues. Dans ces différentes circonstances, il arrive que l'on prend souvent l'effet pour la cause. Chez les sujets scrophuleux, rien de plus commun qu'une dentition tardive ; ils ne font quelquefois leurs premières dents qu'à l'âge de trois ou quatre ans; en même temps la nature de celles-ci est modifiée par l'influence de la diathèse strumeuse ; de plus, les maladies graves que l'on contracte à cette époque laissent sur les dents des traces indélébiles, connues sous le nom d'*érosions*. Les affections aiguës tendent, au contraire, à accélérer cette éruption; c'est aussi sous l'influence de la même cause que l'on observe dans l'âge adulte des croissances extrêmement rapides.

Ces différentes sources d'erreurs étant signalées et bien appréciées, il est facile de voir qu'un grand nombre de médecins ont exagéré les accidens produits par la dentition, et que, si le dixième des enfans périt à cette époque (ce que l'on ne contestera pas), les causes

précitées peuvent expliquer suffisamment cette mortalité effrayante ; mais il ne faudrait pas non plus tomber dans l'exagération opposée, car on serait encore dans l'erreur. En effet, il est prouvé par l'expérience qu'il y a des maladies qui sont le résultat direct de la dentition. Quelles sont donc les influences de celles-ci? Les enfans envisagés à cette époque peuvent être rangés en quatre classes : dans la première sont ceux qui jouissent d'une bonne santé avant et pendant ce travail, lequel, du reste, s'opère lentement et avec gradation ; chez eux on ne remarque aucune prédominance dans les appareils organiques. A la deuxième classe appartiennent ceux qui, à cet âge, sont affectés de maladies concomitantes, sur lesquelles l'éruption des dents n'a aucune influence soit pour les produire, soit pour les aggraver ; ces coïncidences sont les causes d'erreurs qui ont été énumérées plus haut. Quoi qu'il en soit, on doit toujours redouter les maladies qui surviennent avant ou pendant la dentition. Ceux de la troisième classe sont affectés de maladies dont le point de départ, quoique indépendant de ce travail, en reçoit cependant une influence plus ou moins grande, qui tend à les aggraver; leurs centres nerveux s'affectent facilement, ils deviennent plus aptes à contracter les maladies épidémiques qui règnent dans ce moment. Enfin, les enfans de la quatrième classe sont ceux chez lesquels il survient des maladies produites directement par la dentition; cette classe est la plus importante à considérer. Pour que l'on puisse dire que la dentition a donné lieu à des accidens, il faut que ceux-ci paraissent avec elle, et cessent de se renouveler aussitôt après qu'elle est achevée.

Des accidens de la première dentition. Ils reconnaissent une foule de causes plus ou moins appréciables, soit de la part de la nourrice, soit de la part de l'enfant. De la part de la nourrice : une conduite peu régulière, des excès de tout genre, les passions, un état valétudinaire ou maladif, la réapparition des menstrues, la grossesse, le sevrage prématuré, l'habitude de trop couvrir la tête des l'enfans, ce qui les dispose aux congestions cérébrales, enfin toutes les erreurs

dans la manière d'élever les enfans. De la part de l'enfant : une constitution faible, languissante, un tempérament éminemment nerveux, le vice scrophuleux, etc. A l'époque de la dentition, une des causes prochaines qui peut favoriser le développement de plusieurs maladies ou les compliquer d'une manière fâcheuse, c'est sans contredit le travail considérable qui s'opère pendant les trois premières années de la vie, dans l'intérieur des os maxillaires, pour l'organisation des cinquante-deux germes dentaires. Ce surcroît d'activité détermine nécessairement vers la tête un très-grand afflux de sang, surtout du sixième au vingt-quatrième mois ; c'est en effet dans cet espace de temps que l'ossification des dents temporaires marche avec beaucoup de rapidité, et que celle des trente-deux permanentes commence à être en pleine activité. D'autres causes d'accidens doivent être attribuées à l'irrégularité de la dentition, au trouble qu'elle éprouve dans sa marche. L'éruption sera lente, difficile et douloureuse, lorsque l'orifice des alvéoles sera trop étroit, trop resserré ou enfin obturé par une lame osseuse, comme on en a vu des exemples.

Ces accidens sont locaux ou généraux : les premiers sont plus connus et les moins contestés. Bornés à la bouche, ils dépendent essentiellement du travail de la dentition, et sont bien moins redoutables que les seconds. Un des accidens locaux les plus fréquens est le gonflement inflammatoire des gencives, avec chaleur, tension, prurit, douleur cuisante et rougeur foncée. Cette inflammation est souvent accompagnée d'un ptyalisme abondant ; quelquefois il n'y a aucune salivation ; cette sécrétion est même supprimée ; les gencives sont alors sèches. A ces premiers symptômes se joint une soif ardente, et un plus ou moins grand nombre des affections sympathiques qui vont être décrites plus loin. Tantôt l'irritation se borne aux gencives, tantôt elle s'étend plus ou moins loin dans la bouche, elle peut envahir les piliers du voile du palais, les amygdales, la trompe d'*Eustache* et pénétrer par cette dernière voie jusque dans l'oreille interne. Assez souvent les joues sont rouges, brûlantes et tuméfiées ; les ganglions lymphatiques du col se gonflent, ainsi que les glandes salivaires, sur-

tout les parotides, au point que l'écartement des mâchoires devient très-douloureux et la succion difficile. On opposera à ces divers accidens des boissons adoucissantes et un peu relâchantes; la meilleure sera un lait séreux. On y joindra quelques tisanes émollientes de guimauve ou d'orge miellée, etc., etc. Si l'inflammation est forte et que ces moyens soient insuffisans, on appliquera deux ou trois sangsues derrière chaque oreille; on aura aussi recours aux pédiluves, aux cataplasmes simples ou sinapisés mis autour des pieds, aux lavemens laxatifs, etc.

Lorsque le gonflement rouge et douloureux des gencives ne diminue pas sous l'influence des moyens précédens, on doit rechercher si la cause des accidens ne dépend pas de la trop grande résistance qu'elles opposent à la sortie des dens. Il y a alors le plus souvent une tuméfaction dont la circonférence est d'un rouge brun foncé, et au centre de laquelle s'élève un point blanc. La douleur produite par cette distension de la gencive est intolérable, ne tarde pas à retentir dans toute l'économie et à s'accompagner de convulsions. L'indication ici est de débrider l'étranglement à l'aide d'une incision faite avec le bistouri. Cette opération détruit sur-le-champ l'obstacle qui produit tous les accidens, et elle procure, par l'écoulement du sang, un dégorgement salutaire dans la partie congestionnée. Il est des mères pusillanimes qui, pour soustraire leurs enfans à cette opération, préfèrent leur déchirer les gencives à l'aide de l'ongle. Cette manœuvre imprudente ne peut que prolonger les douleurs et augmenter l'inflammation : on ne saurait donc trop s'y opposer. Après avoir fait ce débridement, dont le procédé est décrit dans les auteurs, on doit s'assurer, par le toucher, si l'obstacle à la sortie de la dent ne réside pas dans l'étroitesse de l'orifice alvéolaire, et alors l'élargir avec de forts ciseaux. Si l'on avait pas recours à ce moyen ce serait en vain que l'on inciserait la gencive, car l'obstacle persistant ses effets ne peuvent pas cesser. Il est bon de remarquer que dans ce dernier cas, comme il n'y a pas de tuméfaction bien appréciable, rien n'indique le débridement, auquel on ne doit rationnellement recourir que quand tous les autres moyens ont échoué.

Accidens généraux ou sympathiques de la première dentition. — Pour mettre plus d'ordre dans leur exposition, il convient de les étudier dans chaque appareil.

1°. *Appareil du système nerveux.* Deux espèces d'enfans peuvent recevoir de la dentition une influence fâcheuse sur ce système : les uns sont pâles, faibles, dépourvus d'embonpoint ; il y a chez eux peu de réaction et ordinairement de la diarrhée. Les seconds ont les muscles bien prononcés, sont frais, gras, colorés et habituellement constipés. Les accidens nerveux les plus fréquens chez ces deux classes d'individus sont des convulsions, qui ont lieu surtout lors de l'éruption des canines et des molaires. Quelquefois elles surviennent après avoir été précédées et annoncées par de l'insomnie, des réveils en sursaut, des tressaillemens dans le sommeil, avec agitation et frayeur ; d'autre fois elles se manifestent sans aucun prodrôme. Passagères ou de longue durée, elles sont tantôt générales, tantôt partielles, par exemple aux extrémités des membres, aux muscles des yeux et de la face. Ces mouvemens convulsifs peuvent se propager aux muscles du pharynx, et donner lieu à une grande difficulté d'avaler, ou à ceux du larynx, d'où résulte un bruit tout particulier qui se fait entendre lors de l'inspiration, et qui disparaît lorsque l'éruption des dents est terminée. Cet état convulsif des muscles du larynx peut occasioner une toux striduleuse, accompagnée d'une dyspnée telle que la suffocation devient imminente. Lorsque l'enfant succombe on ne trouve aucune lésion pathologique. Dans le diagnostic de ces convulsions, avant de prononcer qu'elles est le résultat de la dentition, qui est ordinairement la cause de celles qui se déclarent pendant qu'elle s'opère, on ne doit pas oublier que, chez les enfans, les convulsions reconnaissent souvent pour cause la présence de vers dans le canal intestinal. Quant au prognostic, il est grave lorsque les convulsions se succèdent rapidement et avec beaucoup d'énergie, lorsque les sens sont abolis ou émoussés entre les accès. Le traitement doit être le même que dans toute autre espèce de convulsions. On se comportera selon les diverses indications.

Pendant les accès on doit surtout avoir recours aux dérivatifs. On emploie avec avantage les applications froides sur le front et la face, des pédiluves et manuluves chauds, des cataplasmes irritans sur les extrémités, quelques sangsues derrière les oreilles, lorsqu'il y a des symptômes de congestion vers le cerveau. Chez les enfans un peu faibles on peut administrer des antispasmodiques, tels que l'eau de fleurs d'oranger, de tilleul, l'essence de menthe et l'éther. On n'a pas retiré de l'emploi des poudres de valériane et de Carignan tous les les avantages que l'on s'en était promis. Un moyen par excellence, dans tous les cas, est un bain tiède. Hors des accès on devra chercher à en prévenir le retour par les mêmes moyens, appropriés aux indications et à la constitution des sujets. On doit inciser la gencive, lorsque sa résistance est la cause de ces accidens. Aux nombreuses observations de ce genre j'ajouterai la suivante, qui m'a été communiquée par le docteur *L. E. Dubois.* On l'appela un jour auprès d'un enfant affecté de convulsions. Chez cet enfant, âgé de quatorze à quinze mois, fort et vigoureux, l'éruption des incisives avait eu lieu sans orage. Depuis deux jours il était en proie à des convulsions violentes, que l'on avait combattues par les moyens conseillés en pareil cas; les sangsues, les bains, les émolliens et les révulsifs, tout avait échoué, parce que l'on avait méconnu le point de départ de la maladie. Ayant examiné le bord alvéolaire, et reconnu que les quatre premières molaires tendaient à sortir, ce praticien proposa l'incision des gencives sur les quatre saillies produites par les molaires. Les parens s'y refusèrent d'abord et continuèrent les mêmes moyens avec aussi peu de succès; mais le lendemain ils consentirent à cette opération. Une incision cruciale fut pratiquée sur chacune de ces saillies; l'enfant fut mis immédiatement après dans un bain tiède où il resta une heure; il y eut un écoulement de sang assez abondant, qui procura un dégorgement salutaire. Tous les accidens disparurent sur-le-champ. Après le bain on le porta dans son lit où il dormit paisiblement. Deux jours après il éprouva de nouveau quelques légers mouvemens convulsifs moins forts que les précédens. On découvrit quatre

nouvelles saillies correspondantes aux canines; l'incision simple fut pratiquée, et suivie immédiatement de la cessation complète des convulsions.

Pour terminer ce qui a rapport au système nerveux, je dirai que l'on a observé des paralysies des membres à l'époque de la sortie des dents. *Underwood* rapporte l'observation d'un enfant qui, à cette époque, fut atteint de paralysie aux membres inférieurs, et fut guéri spontanément aussitôt que l'éruption dentaire eût été terminée.

2°. *Appareil des sens.* C'est ici surtout qu'il y a eu beaucoup d'exagération de la part des auteurs. On a prétendu que l'amaurose qui survenait vers cette éqoque ne devait pas reconnaître d'autre cause que la dentition. M. *Guersent,* ayant eu occasion de faire l'autopsie d'un enfant qui avait été ainsi affecté d'amaurose deux ans avant sa mort, trouva le nerf optique atrophié et une partie du cerveau ramollie. Il n'est pas rare d'observer, lors de l'éruption des dents, une ophthalmie, un coryza, un écoulement par le conduit auditif, avec douleur plus ou moins vive dans ces parties : ces phlegmasies sont ordinairement légères, et cèdent assez facilement aux antiphlogistiques et aux adoucissans. La même influence peut aussi s'exercer sur la peau ; il est des enfans qui, à chaque sortie des dents, sont affectés de dartres squameuses ou de toute autre éruption à la peau du visage et derrière les oreilles, où il n'est pas rare d'observer un léger suintement; on doit respecter ce dernier, et même, quand il n'existe pas, il est quelquefois avantageux de le provoquer.

3°. *Appareil digestif.* La dentition donne souvent lieu à des maladies sympathiques du tube digestif. Elle peut être précédée ou accompagnée de simples vomissemens : il faut, en général, se défier de ce symptôme, qui est souvent chez les enfans le début d'une maladie grave du cerveau ou des organes abdominaux. A la suite des vomissemens, il est des enfans qui deviennent tristes, maigrissent et s'affaiblissent; c'est qu'alors cet accident a été provoqué par un mauvais

régime. Cependant, dans la plupart des cas, bien qu'ils rendent tout ce qu'ils prennent, ils continuent à se bien porter et à conserver leur embonpoint; dans l'intervalle, ils redeviennent gais. Ce genre de vomissement a beaucoup d'analogie avec celui qui a lieu au commencement de la grossesse chez beaucoup de femmes; du reste, il n'est accompagné ni de fièvre, ni de gastrite. Dans ce cas, il n'y a le plus souvent rien à faire; on doit cependant observer ces jeunes sujets, et pour peu qu'il survienne quelque autre symptôme, on se comportera d'après les indications. Soit qu'il y ait vomissement ou non, il survient de la diarrhée; si elle est l'effet de l'éruption dentaire, elle cesse quand celle-ci est terminée, et reparaît avec la sortie d'une nouvelle dent; quand elle est modérée, elle agit comme un dérivatif utile, et on la laisse se terminer spontanément; toutefois il faut la surveiller et ne pas l'abandonner toujours à elle-même. M. *Guersent* a décrit une affection du tube digestif propre à la dentition, et dans laquelle la diarrhée est jointe au vomissement; il la considère comme une maladie particulière, différente de la gastro-entérite, se rapprochant du choléra-morbus, avec lequel ce médecin lui trouve beaucoup d'analogie, soit dans les symptômes, soit dans le traitement qui lui est le plus convenable. Ici, je me contenterai de citer cette affection, qui est assez longuement détaillée dans le Dictionnaire de Médecine, et je me bornerai à dire un mot sur les altérations pathologiques qui concourent aussi à l'isoler de la gastro-entérite : la membrane muqueuse digestive est pâle, décolorée et comme macérée; les follicules sont déprimés ou tout à fait effacés; les intestins, distendus par une grande quantité de gaz, contiennent des matières séreuses d'un jaune sâle, mélangées de flocons verdâtres. Qui prétendra que c'est là le résultat d'une inflammation?

Enfin la dentition peut donner lieu à une véritable gastro-entérite; mais le plus souvent, dans ce cas, elle n'agit que comme cause déterminante, chez des enfans délicats, dont l'estomac a été fatigué par un lait trop riche en caséum, ou par d'autres alimens trop substantiels. Sous l'influence de cette dernière cause, il peut arriver que

les accidens soient déjà déclarés avant l'éruption dentaire, alors celle-ci ne fait que les aggraver. Les moyens à employer ici sont les mêmes que ceux qui ont été conseillés pour la direction de la dentition.

4°. *Appareil respiratoire.* La sortie des dents exerce aussi une influence sympathique sur l'appareil respiratoire ; elle peut donner lieu ici à trois principaux phénomènes, 1°. de la toux, 2°. de la dyspnée, 3°. une sécrétion muqueuse. Ces phénomènes ont le même point de départ, commencent avec le gonflement des gencives, et disparaissent aussitôt que l'éruption est terminée. Tantôt inflammatoires, et tantôt nerveux, ils exigent par conséquent des moyens différens, selon qu'ils appartiennent à l'une ou à l'autre de ces deux espèces.

5°. *Appareil circulatoire.* Il est aussi troublé à cette époque ; il en résulte un mouvement fébrile plus ou moins marqué.

6°. *Appareils de sécrétions.* Il est des individus doués d'une idiosyncrasie telle, qu'elle donne naissance chez eux à des accidens tout particuliers, lors du travail des dents. *Morton* cite une famille dans laquelle tous les enfans mâles, au nombre de quatre, furent affectés de diabètes à cette époque ; trois en moururent : les filles de cette famille n'offrirent aucun phénomène particulier.

Après avoir insisté sur les principales affections déterminées par la dentition, il serait important de s'arrêter aux autres maladies de l'enfance, qui, bien qu'indépendantes de ce travail, peuvent le compliquer d'accidens formidables. Je me bornerai à signaler la variole, contre les ravages de laquelle on ne saurait trop tôt opposer la vaccine. Si l'enfant qui fait ses dents n'a pas encore été vaccinè, il est d'usage d'attendre quelque temps pour faire cette petite opération ; ce ne serait que dans le cas où il y aurait une épidémie de variole que l'on devrait passer par-dessus toutes les considérations, pour avoir recours sur-le-champ à ce moyen préservatif efficace, qui a rendu des bienfaits immenses à l'humanité.

Des accidens de la seconde dentition. La seconde dentition est plus ra-

rement accompagnée d'accidens que la première, et ceux-ci sont ordinairement moins graves. Les accidens locaux les plus communs sont, la tension des gencives, l'obstacle que celles-ci offrent, par leur résistance, à la sortie des molaires, enfin l'engorgement des ganglions cervicaux et des glandes salivaires. Les affections sympathiques les plus fréquentes sont, un mouvement fébrile, des symptômes nerveux, des réveils en sursaut, suivis ou non de convulsions. Ces divers accidens réclament les mêmes moyens qui ont été conseillés plus haut ; on devra les modifier suivant l'âge et la force des sujets.

Quant à l'éruption de la troisième grosse molaire, elle peut présenter des phénomènes particuliers, qui méritent d'être décrits avec quelques détails. L'âge auquel elle paraît au dehors, fait que le médecin n'est pas porté à fixer son attention sur la véritable cause qui produit seule les accidens pour lesquels on le consulte ; aussi a-t-on vu prendre les douleurs que les malades accusent pour une névralgie, la difficulté d'entr'ouvrir les mâchoires pour un commencement de trismus. Parmi ces accidens le plus commun est la résistance des gencives, qui devient un obstacle à leur éruption. C'est surtout à la mâchoire inférieure que cela a lieu, et il suffit souvent d'examiner les arcades dentaires, pour reconnaître la véritable cause de la douleur.

Une observation de ce genre a été publiée récemment dans le Journal hebdomadaire : Un jeune homme de vingt ans éprouvait, depuis plusieurs mois, au côté gauche de la tête, une douleur vive qui avait son point de départ derrière la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur, et s'étendait, en s'irradiant, au front, à la joue et à la tempe. On traita long-temps cette douleur pour une névralgie, mais sans aucun succès. M. *Dupuytren*, ayant examiné la bouche du malade, vit que la troisième grosse molaire du côté gauche n'était pas encore sortie, et que derrière la seconde il s'élevait une petite tumeur dure, rouge, tendue et d'une extrême sensibilité au toucher ; il fit aussitôt l'incision cruciale, conseillée en pareil cas. Dès ce moment les douleurs disparurent, et le malade ne les éprouva plus dans la suite.

Il y a encore d'autres accidens, produits par l'éruptions de la dent de sagesse, qu'il est important d'étudier, et dont on soupçonne difficilement la cause. Quelquefois l'espace destiné à la loger se trouve trop étroit, surtout à la mâchoire inférieure, alors cette dent reste comme enclavée entre la seconde grosse molaire et la base de l'apophyse coronoïde, dans l'intérieur de laquelle elle est encore contenue. Les malades sont en proie à des douleurs déchirantes ; il survient des inflammations et des abcès dans les parties voisines. Quand c'est à la mâchoire supérieure que cette disposition a lieu, la troisième grosse molaire est repoussée en arrière ; dans l'abaissement des mâchoires, elle vient comprimer le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, ce qui cause des douleurs violentes. Dans l'un et l'autre cas les accidens persistent, malgré tous les moyens que l'on emploie : les antiphlogistiques, la diète, les bains, les vésicatoires, le séton à la nuque, l'acuponcture et les pilules de *Méglin*, tout échoue ; ce n'est qu'en détruisant l'obstacle mécanique que l'on fait cesser les accidens. Dans le dernier cas, l'extraction de la dent de sagesse est évidemment indispensable, dans le premier, il est plus avantageux d'enlever la seconde grosse molaire ; mais avant il y a une autre indication à remplir, c'est de combattre l'inflammation qui s'oppose à ce que le malade puisse ouvrir la bouche. On y parviendra à l'aide de sangsues mises derrière les oreilles et des applications émollientes ; il faudra même avoir recours à la saignée générale, si la réaction fébrile est très-prononcée.

On observe encore, mais seulement à la mâchoire inférieure, une autre espèce d'accident. Lorsque la dernière molaire n'est sortie qu'incomplètement, et qu'elle est restée en partie cachée dans la base de l'apophyse coronoïde, sa couronne est fréquemment recouverte par une partie de la gencive qui se replie sur elle ; il en résulte que, chaque fois que la bouche se ferme, cette portion de la gencive est pincée et fortement comprimée entre les deux dents correspondantes ; elle devient bientôt le siége d'une inflammation qui se propage aux parties voisines ; le mouvement des mâchoires devient très-douloureux, et la déglutition est rendue difficile. Ces symptômes peuvent s'accompa-

guer de fièvre, de céphalalgie avec rougeur de la face, enfin de tous les signes d'une congestion cérébrale ; ils peuvent durer un temps plus ou moins long, cesser, puis reparaître de nouveau. La première indication sera de détruire l'inflammation, la seconde, de faire disparaître la cause de la maladie. Si l'inflammation est peu intense, on pourra remplir de suite cette dernière indication, qui consiste à fendre d'un coup de bistouri le bourrelet muqueux, quand il est peu considérable. Dans le cas où il serait large et volumineux, il serait préférable, après l'avoir fendu, d'en faire l'excision.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Morbi autem quilibet fiunt quidem in quibuslibet anni temporibus, nonnulli verò in quibusdam ipsorum potiùs et fiunt, et exacerbantur. *Sect.* 3, *aph.* 19.

II.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres sunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

III.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

A sanguinis sputo puris sputum, malum. *Ibid.*, *aph.* 15.

V.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

VI.

In ictericis hepar durum fieri, malum. *Sect.* 6, *aph.* 42.